U.S. Department of State

REFERENCIAS E HISTORIAL DE TRABAJO DE SOLICITANTE DE VISA DE NO-INMIGRANTE

Aprobado OMB 1405-0144
Vence 31/01/2003
Tiempo estimado: 1 hora

POR FAVOR ESCRIBA SUS RESPUESTAS A MAQUINA O CON LETRA DE MOLDE EN LOS ESPACIOS EN BLANCO
PUEDE AGREGAR UNA HOJA ADICIONAL EN CASO DE NECESITAR MAS ESPACIO PARA CONTINUAR CON SUS RESPUESTAS

1. Apellidos | Nombre(s)

2. Fecha de nacimiento (día-mes-año)

3. Lugar de nacimiento
País | Ciudad/Población | Estado/Provincia

4. Domicilio permanente y teléfono *(Incluya número de apartamento, calle, ciudad, estado o provincia, zona postal y país)*

5. Nombre completo y dirección de cónyuge *(Si es el caso) (No se acepta apartado postal)*
Nombre *[Apellidos, nombre(s)]* | Dirección | Teléfono

6. Nombres completos y direcciones de hijos, padres y hermanos *(No se acepta apartado postal)*
Nombre *[Apellidos, Nombre(s)]* | Dirección | Parentezco | Teléfono

7. Mencione por lo menos dos conocidos en su país de residencia que puedan verificar la información de la solicitud *(No se aceptan parientes en ningún grado)*
Nombre *[Apellidos, Nombre(s)]* | Dirección *(No se acepta apartado postal)* | Teléfono

Declaración de Ley de Reducción de Papeleo

* Se estima que el tiempo necesario para llenar este formulario es de una hora por formulario en promedio, cálculo que incluye el tiempo requerido para la búsqueda en fuentes de datos existentes, la presentación de los datos exigidos, y la revisión final de la información del formulario. En base a la norma 5 CFR 1320 5(b), Ud. no está obligado a proveer la información a menos que figure en este formulario un número actualizado de la OMB. Envíe comentarios sobre la exactitud de este cálculo de tiempo, así como recomendaciones para reducir el tiempo necesario a: U.S. Department of State, A/RPS/DIR, Washington, DC 20520.

EXPERIENCIA LABORAL - EMPLEO ACTUAL

Cargo:

De: *(fecha: dd-mm-aaaa)* A: *(fecha: dd-mm-aaaa)*

Nombre y dirección de su empleador:

Teléfono

Describa sus funciones:

EXPERIENCIA LABORAL - EMPLEO ANTERIOR

Cargo:

De: *(fecha: dd-mm-aaaa)* A: *(fecha: dd-mm-aaaa)*

Nombre y dirección de su empleador

Teléfono

Describa sus funciones:

EXPERIENCIA LABORAL - EMPLEO ANTERIOR

Cargo:

De: *(fecha: dd-mm-aaaa)* A: *(fecha: dd-mm-aaaa)*

Nombre y dirección de su empleador

Teléfono

Describa sus funciones:

EXPERIENCIA LABORAL - EMPLEO ANTERIOR

Cargo:

De: *(fecha: dd-mm-aaaa)* A: *(fecha: dd-mm-aaaa)*

Nombre y dirección de su empleador

Télefono

Describa sus funciones:

Certifico que he leído y entendido todas las preguntas que figuran en esta solicitud y que las respuestas que he dado en este formulario son correctas a mi □ mejor saber y entender. Tengo entendido que cualquier declaración falsa o engañosa puede dar como resultado la negación permanente de una visa o de mi □ entrada a los Estados Unidos.

FIRMA DE SOLICITANTE _____ FECHA *(dd-mm-aaaa)* _____